№ 9 WARSZAWA, WRZESIEŃ 1936 ROK VIII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. Med. EUSTACHY OSTOJA-OSTOJSKI (Poznań).

NA MARGINESIE HEPATOTERAPII.

Dzięki wprowadzeniu i zastosowaniu przez Murphiego i Minota w medycynie wyciągów wątrobowych, posunęło się całe lecznictwo o duży krok naprzód. Wiadomo już bowiem, że wyciągi wątrobowe mają nie tylko szerokie zastosowanie w medycynie wewnętrznej, lecz nawet w chirurgii uzyskały one swe prawo obywatelstwa. W różnych bowiem chorobach chirurgicznych, w których stosowano wyciągi wątrobowe, otrzymano jako rezultat przyśpieszenie w gojeniu się ran i odradzanie tkanek, nie mówiąc już o wpływie hamującym, jakie wyciągi wątrobowe wywierają na trawienie. O działaniu wyciągów wątrobowych w chirurgii spotykamy zresztą w literaturze lekarskiej osobne piśmiennictwo.

Moim zamiarem jest opisać wyniki, jakie otrzymałem w medycynie wewnętrznej, stosując wyciąg wątrobowy „Hepatogen“ (Klawe). Pierwotnie stosowałem wyrób zagraniczny ‚Pernaemon“ poczem zacząłem stosować Hepatogen, nie otrzymując żadnej różnicy w działaniu obu preparatów.

Zanim jednakże przystąpię do opisu samych przypadków, pozwolę sobie zatrzymać się nad samem zagadnieniem działania wyciągów wątrobowych. Równocześnie pozwolę sobie zacytować tylko kilka przypadków z mej praktyki, gdyż cytowanie wszystkich zajęłoby zbyt dużo miejsca.

Wiadomo, że pod wpływem stosowania wyciągów wątrobowych podnosi się w pierwszym rzędzie krwiotwórcze działanie wątroby, dające wyraz w zwiększeniu się ilości erytrocytów i hemoglobiny. Równocześnie produkuje wątroba (według Morawitza i Naegeliego) ciała drażniące szpik kostny. To działanie krwiotwórcze ma miejsce nie tylko w stanach patologicznych, lecz nawet u zdrowych ludzi.

Bardzo ważnym czynnikiem działania wyciągów wątrobowych specjalnie w chorobach chirurgicznych jest wzmożona krzepliwość krwi.

przez co zmniejsza się samo krwawienie oraz zdolność zwiększonego gojenia się ran. Znanym jest poza tym fakt, że wyciągi wątrobowe usuwają często puchliny wodne brzuszne, z czego wynika, że pod ich wpływem następuje regulowanie przemiany wodnej w ustroju. (Gley, Mauthner, Pick, Wagner). Poza tym stwierdzono wzrost białka we krwi, a mianowicie wzrost albumin. Poza powyższymi korzystnymi działaniami uwidacznia się przede wszystkim jeszcze dodatni wpływ na ogólny stan chorych.

Po skreśleniu powyższych krótkich uwag, pozwolę sobie kolejno opisać moje wypadki z praktyki z przytoczeniem badań krwi przed i po stosowaniu wyciągów wątrobowych, oraz zaznaczyć wszelkie spostrzeżenia, jakie poczyniłem nad tym zagadnieniem.

Dodać jeszcze muszę, że poza innymi chorobami krwi odróżniamy, jak stwierdzono anemię wtórną niedobarwliwą (Anaemia hypochromica) ze wskaźnikiem poniżej 1 oraz anemię złośliwą (Anaemia perniciosa sive Biermeri) niedokrwistość nadbarwliwą ze wskaźnikiem powyżej 1 o specyficznym obrazie klinicznym.

Hepatogen stosowałem w dwóch przypadkach anemii złośliwej oraz w 19 przypadkach anemii wtórnej: po guzach złośliwych, po chorobach zakaźnych, po poronieniu z krwotokiem, po ciąży pozamacicznej i t. d. W jednym wypadku histerii, stosując również wyciągi wątrobowe, otrzymałem bardzo pomyślny wynik z ustąpieniem wszelkich objawów poprzednich. Poza tym stosowałem w jednym przypadku anemii wtórnej po Ca. obok wyciągu wątrobowego również preparat śledziony. W wypadku tym, w którym stosowałem wątrobę i śledzionę, zauważyłem pomimo wybitnej cachexji przy Ca znacznie większy przyrost czerwonych ciałek krwi.

Chciałbym jednakże zwrócić jeszcze na jeden bardzo ważny szczegół uwagę. Stosując wyciągi wątrobowe tylko w praktyce prywatnej, nie miałem możności dokonywać częstych badań, aby tym ściślejsze otrzymać wyniki, lecz badałem krew tylko przed leczeniem i po zakończeniu leczenia.

1. Przypadek.

Anaemia secundaria. Morbus Glenardi. Stenosis pylori. Achylia. Pacjent lat 47. Uczucie osłabienia. Brak apetytu. Odbijanie. Meteorismus. Obstrukcje. Wybitne zmęczenie przy pracy umysłowej. Zawroty. Bóle głowy. Senność. Trudność przy rannym wstawaniu. Podżółtaczkowe zabarwienie skóry twarzy. Błony śluzowe słabo ukrwione. Odżywienie liche. Doły nad i podobojczykowe mocno zapadnięte. Przestrzenie międzyżebrowe widoczne. Powłoki brzuszne wiotkie. Tętno przyśpieszone. Apatia. Przygnębienie. Uczucie zimna. Dreszcze.

Badanie krwi przed leczeniem.

Erytrocyty 3,592,000. Leukocyty 9.300 Hmgb. 46%. Wskaźnik 0,6. Leukocyty obojętnochłonne 65,5. Młode O. Pętlowate 4,5. Segmentowane 61. Eozynochłonne 1,0. Zasadochłonne 0,5. Limfocyty 28. Monocyty 4,5. Komórki plazmatyczne 0,5.

Polichromazja + Normoblasty 1,0. Poikilocytoza silna, anizocytoza +.

Orzeczenie. Oligocythaemia. Oligochromaemia z postaciami patologicznymi erytrocytów. Hyperleukocytoza. Eozynopenja.

Stosowałem preparaty wątroby i śledziony codziennie w zastrzykach na zmianę. Jeden dzień wątrobę, drugi śledzionę. Ogółem dałem 10 zastrzyków preparatu wątrobowego po 2 cm. i 6 zastrzyków śledzionowego.

Wynik badania krwi po 12 dniach leczenia.

Erytrocyty 4.520.000. Leukocyty 4.800. Hmgb. 53%. Wskaźnik 0,5. Leukocyty obojętnochłonne 53,5. Młode O. Pętlowate 5,0. Segmentowane 48,5. Eozynochłonne 6,0. Zasadochłonne 0,5. Limfocyty 32. Monocyty 7,5. Polychromazja, Poikilocytoza. Anizocytoza.

Orzeczenie. Oligocythaemia z postaciami patologicznymi erytrocytów. Leukopenja. Eozynofilja.

Uczucie osłabienia, bóle głowy oraz dreszcze minęły. Skóra twarzy przybrała zdrowsze zabarwienie. Konsylium, które zwołałem dało Ca. ventriculi. Pacjent został przekazany do operacji.

II. Przypadek.

Anaemia secundaria. Status post abortum. Adnexitis sin. chr. Pacjentka lat 23. Wybitnie osłabiona. Senność w ciągu dnia. Trudno rano wstaje. Uczucie ciągłego zmęczenia. Brak apetytu. Obstrukcje. Zabarwienie skóry blade. Błony śluzowe słabo ukrwione. Odżywienie mierne. Doły nad i podobojczykowe zaznaczone. Powłoki brzuszne wiotkie. Bóle głowy. Często dreszcze. Uczucie bólu w okolicy lewego jajnika. Tętno przyśpieszone.

Badanie krwi przed leczeniem.

Erytrocyty 3.820.000. Leukocyty 5.500. Hmgb. 74%. Wskaźnik 0,9. Leukocyty obojętnochłonne 61. Młode 0. Pętlowate 1,5. Segmentowane 59,5. Eozynochłonne 2. Zasadochłonne 0,5. Limfocyty 33. Monocyty 3,5.

Orzeczenie. Hypoleukocytoza.

Stosowałem codziennie jedną ampułkę wyciągu wątrobowego przez 6 dni, po czym następowała dwudniowa przerwa i przez 4 dni następne zastrzykiwałem po 2 ampułki dziennie

Wynik badania krwi po leczeniu.

Erytrocyty 4.728.000. Leukocyty 6.200. Hmgb. 83%. Wskaźnik 0,8. Leukocyty obojętnochłonne 59. Młode 0. Pętlowate 1,5. Segmentowane 59. Eozynochłonne 5,5. Zasadochłonne 0,5. Limfocyty 3,5. Monocyty 3,5.

Chora odczuła raptowną poprawę. Samopoczucie uległo kolosalnej poprawie. Uczucie osłabienia i senności minęło, bóle głowy również. Poza tym nastąpiło znaczne wzmożenie apetytu. Skóra twarzy przyjęła zabarwienie zdrowe. Błony śluzowe dostatecznie ukrwione. Zmiana w stanie psychicznym. Pacjentka zaczęła podejmować się większych spacerów. Nawet bolesność lewego adnexa zanikła prawie zupełnie.

III. Przypadek.

Hysterja. Pacjentka lat 23. Wysoka Wychudzenie znaczne. Wybitnie nerwowa. Podniecona. Chora podaje, że od dwóch lat choruje i leczy się u kilku lekarzy, jednakże bez wyniku. Skarży się na brak apetytu. Sporadyczne bóle głowy. Wybitne zmęczenie i osłabienie. Poza tym podaje, że miewa często bóle wzdłuż całego kręgosłupa. Skóra twarzy blada. Błony śluzowe dostatecznie ukrwione. Doły nad i podobojczykowe lekko zapadnięte. Przestrzenie międzyżebrowe widoczne. Odruchy kolanowe wzmożone. Płuca b. z. Serce b. z. Tętno przyśpieszone. Mocz b. z.

Badanie krwi przed leczeniem.

Erytrocyty 5.008,000. Leukocyty 5.000. Hmgb. 85%. Wskaźnik 0,8. Leukocyty obojętnochłonne 36. Młode 0 Pętlowate 0,5. Segmentowane 35,5. Eozynochłonne 2,5. Zasadochłonne 0,5. Limfocyty 56,0. Monocyty 3,5. Komórki plazmatyczne 1.

Orzeczenie. Hypoleukocytoza. Neutropenja. Limfocytoza.

Postanowiłem w powyższym wypadku stosować zastrzyki z wyciągów wątrobowych. Pacjentka dostała co drugi dzień 2 cm. Hepatogen. W całości otrzymała 6 zastrzyków.

Wynik badania krwi po leczeniu.

Erytrocyty 5.320,000. Leukocyty 6.300. Hmgb. 83%. Wskaźnik 0,83. Leukocyty obojętnochłonne 48. Młode 0. Pętlowate 1. Segmentowane 40,0. Eozynochłonne 3,5. Zasadochłonne 0,5 Limfocyty 3,8. Monocyty 3.8.

Samopoczucie pacjenki uległo zdumiewającej zmianie. Już po czwartym zastrzyku zjawił się u pacjentki nadzwyczajny apetyt. Osłabienie i zmęczenie minęło zupełnie. Bóle wzdłuż kręgosłupa, jak podawała pacjetka, zginęły. Wygląd zewnętrzny pacjentki uległ znacznej poprawie. Twarz przybrała charakter więcej spokojny. Pacjentka stała się ożywiona, wesoła, twierdzi, że śpi doskonale. Skóra twarzy przyjęła świeższy i młodszy wygląd. Stosując w powyższym wypadku wyciąg wątrobowy, kierowałem się więcej intuicją, gdyż obraz krwi był normalny. Zależało mi, aby zadziałać w tym wypadku na układ nerwowy oraz pobudzić inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym. Pierwotnie miałem bowiem zamiar stosować po zastrzykach wątrobowych jeszcze Hermospermine, lecz osiągnąwszy tak dobry wynik, poprzestałem na tym.

IV. Przypadek.

Anemia złośliwa.

Ogólne osłabienie. Zaburzenie dyspeptyczne. Bezsok żołądkowy i pieczenie w jamie ustnej i na języku. (Głossitis Huntheri). Drętwienie i mrowienie palców i nóg. Dreszcze. Uczucie zimna. Brak apetytu. Odbijanie. Obstrukcje. Słomkowe zabarwienie twarzy Błony śluzowe bardzo słabo ukrwione. Odżywienie dostateczne. Płuca b. z. Serce b. z Tętno przyspieszone 106/m. Częste bóle głowy. Zawroty. Zmienność usposobienia. Wybitne zmęczenie przy pracy umysłowej.

Badanie krwi przed leczeniem.

Erytrocyty 2.200.000. Leukocyty 5.8000. Hmgb. 66%. Wskaźnik 1,7. Zaleciłem co drugi dzień 4 cm. Hepatogen oraz Acid. mur. dil. z pepsyną. W całości zastosowałem 10 iniekcji a 4 cm. Hepatogenu. Stan pacjenta uległ ogromnej zmianie. Wszelkie objawy, jak: złe samopoczucie, pieczenie języka, drętwienie rąk, dreszcze i t. d. minęły. Chory twierdzi, że czuje się obecnie silny oraz zdrowy Jedynie niektóre objawy ze strony przewodu pokarmowego utrzymały się, lecz w mniejszym stopniu.

Badanie krwi po leczeniu. (leczenie 10 dni a 4 cm.).

Erytrocyty 4.000.000. Leukocyty 6.400. Hmgb. 71%. Wskaźnik 0,88. Zaleciłem pacjentowi, aby krew poddawał częstej kontroli i po dwóch miesiącach przyjął znowu kilka zastrzyków wyciągu wątrobowego.

Przeglądając wypadki z mej praktyki oraz po części z cytowanych przypadków, dochodzi się rzeczywiście do wniosku, że wyciągi wątrobowe są wielkim dobrodziejstwem dla ludzkości, gdyż posunęły całe lecznictwo o duży krok naprzód Działają one bowiem prędko, a efekt ich

działania jest nadzwyczajny, co objawia się znormalizowaniem całego obrazu krwi. Faktem bowiem jest, że przez podawanie wyciągów wątrobowych więcej skoncentrowanych, można zapobiec niezbędnej zazwyczaj w podobnych przypadkach transfuzji krwi.

Zanim jednak przejdę do wyszczególnienia dalszego zakresu działania i stosowania wyciągów wątrobowych, o czym specjalnie zagraniczne piśmiennictwo traktuje, pozwolę sobie najpierw wyciągnąć wnioski, jakie poczyniłem w mej praktyce.

Na pierwszy rzut oka uderza nas znaczny wzrost erytrocytów, który na dobę sięga 100.000, a nieraz i więcej. Na ogół zauważyłem w swoich przypadkach przeciętnie wzrost dzienny o 75.000 — 100.000 a czasami nawet więcej. Natomiast mniej intensywnie wzrasta hemoglobina. Poza tym wzrasta również ilość leukocytów, przy czym wzrastają intensywniej eozynofile. Według Gensslena eozynofile wzrastają nieraz nawet do 25 i 35%. W praktyce mej w jednym tylko wypadku nastąpił wzrost eozynofilów do 15%. Spotyka się jednak czasami spadek leukocytów, jak to miało miejsce w przypadku cytowanym pod nr. I.

Przechodząc do samych objawów chorobowych, spostrzega się rzeczywiście fenomenalne zmiany. Wszystkie dolegliwości w postaci bólu głowy, zmęczenia, senności, braku łaknienia i t. d. mijają bezpowrotnie, a samopoczucie pacjentów ulega wybitnej poprawie, do tego stopnia, że chory czuje się jakby nowonarodzony. Znacznie więcej uderzają nas zmiany, jakie spotykamy w anemii złośliwej. Po wyleczeniu następuje powrót do normalnej czynności krwiotwórczej oraz ustępują wszystkie objawy poza nieodwracalnymi już zmianami patologicznymi w przewodzie pokarmowym i układzie nerwowym. (Jak np. bezsoczność żołądka oraz okres myelosis funicularis).

W praktyce swej miałem poza tym bardzo dobre wyniki, stosując wyciągi wątrobowe w małozaawansowanej histerii, w wycieńczeniach u młodych ludzi po forsownej pracy umysłowej (egzaminy u studentów) przy upławach u młodych niewiast, gdzie nie dało się znaleść żadnych zmian patologicznych w narządach rodnych, a u których sam obraz krwi był zupełnie normalny. Zaburzenia w tych przypadkach charakteryzuje tylko lichy wygląd, odżywienie dość mierne, poza tym żadnych zmian patologicznych nie dało się spostrzec. Były to przeważnie młode dziewczęta (17—20 lat), które naskutek lichych warunków domowych i materialnych nie miały możności wyjazdu już od kilku lat na wieś.

W ogóle muszę przyznać, że często przy bólach głowy u kobiet, których obraz krwi był normalny i gdzie poza tym nie dało się określić żadną miarą innej przyczyny tych bólów, stosując zastrzyki z wyciągów wątrobowych miałem bardzo dobre wyniki. Wystarczyło bowiem 6 względnie 12 iniekcji, aby powyższe bóle głowy ustąpiły.

Po tych uwagach pozwolę sobie przejść do końcowych rozważań i zreasumować ogólne działanie wyciągów wątrobowych na ustrój.

Jak już wspomniałem, wiadome jest przede wszystkim krwiotwórcze działanie wyciągów wątrobowych, dające wyraz w zwiększaniu się ilości erytrocytów oraz hemoglobiny. Poza tym zwiększając krzepliwość krwi a także przyśpieszając gojenie się ran i regenerację tkanek, oddają one cenne usługi w chorobach chirurgicznych. Zauważono również, że początkowe stany puchliny brzusznej ulegają wyleczeniu, z czego wynika, że wyciągi wątrobowe powodują regulowanie przemiany wodnej w ustroju. Obok innych korzystnych wpływów wyciągów wątrobowych uderza nas przede wszystkim ich dodatni wpływ na ogólny stan ustroju.

Jak nam podaje poza tym piśmiennictwo zagraniczne, działają wyciągi wątrobowe i w tym kierunku, że zastosowane przed i po każdej operacji brzusznej, (zwłaszcza operacji wątroby, woreczka żółciowego i żołądka) nie dopuszczają do powstawania pooperacyjnej azotemji a poza tym nie powodują tak często przykrych i groźnych objawów intoksykacji pooperacyjnych. Również spotykano pod wpływem wprowadzenia poza jelitowym dostatecznej ilości preparatów wątrobowych, zmniejszenie lub całkowite usunięcie podostrych złożonych cierpień powrózkowych, tak często, towarzyszących anemii złośliwej, do tego stopnia, że ciężkie zaburzenia ruchowe i czuciowe w kończynach, zwłaszcza zaburzenia chodu uległy poprawie wzgl. wyleczeniu. Badania ostatnie okazały również, że w tych samych schorzeniach i w tych samych zabiegach operacyjnych okazała się liczba pooperacyjnych zakrzepów znacznie mniejsza u chorych, leczonych profilaktycznie wątrobą aniżeli u chorych nie leczonych tymże środkiem. Tak samo zauważono, że podawanie wyciągów wątrobowych w zakrzepach zmniejsza znacznie wszelkie objawy chorobowe i przyspiesza wyleczenie zakrzepów. Wiadomo nam, że niekiedy Salversan daje przykre objawy uboczne, i że wówczas należy przerwać jego stosowanie, gdyż przez swoje trujące działanie daje on czynnościowe zaburzenia w wątrobie. Otóż wyciągi wątrobowe zapobiegają działaniu ubocznych objawów salvarsanowych i usuwają idiosynkrazję salvarsanową. Również w innych schorzeniach allergicznych, jak katar sienny, dychawica oskrzelowa, dają wyciągi wątrobowe wybitnie dodatnie wyniki.

Jak podaje niemieckie czasopismo „Med. Welt", spostrzegano u bardzo dużo pacjentów we występujących rok rocznie napadach gorączki siennej, ustąpienie tejże z chwilą podawania bezbiałkowych wyciągów wątrobowych w zastrzykach. Powyższe wyniki otrzymała również jedna z klinik w Bonn i w Hamburgu. (Med. Welt. 15 1932). Notowano poza tym, że w niektórych przypadkach anemii złośliwej, którym towarzyszyła dusznica bolesna (angina pectoris) nastąpił pod wpływem wyciągów wątrobowych stan wybitnej poprawy dusznicy. Tłomaczono to

tym, że dusznica bolesna, występująca w anemii złośliwej, jest spowodowana niedostatecznym utlenianiem krwi i anemizacją mięśnia sercowego.

Wiadomo między innymi, że w niektórych przypadkach schorzeń nerkowych, w których ma miejsce zmniejszenie w wydzielaniu moczu, następuje zwiększenie zawartości cholesteryny we krwi. Otóż dzięki stosowaniu wyciągów wątrobowych w postaci zastrzyków następuje często spadek cholesteryny we krwi do normy wraz z wzmożonym wydzielaniem moczu. Należy jednak pamiętać, że w anemii złośliwej wyciągi wątrobowe podnoszą zawartość cholesteryny. Istnieje zatem przypuszczenie, że wątroba reguluje przemianę cholesterynową (Nonnenbruch). Również w hypochloremicznej azotemii dają wyciągi wątrobowe dobre wyniki, mimo, że ich mechanizm działania jest dotąd niewyjaśniony. Jak nam podaje „Prasa Lekarska“ (sierpień 1936 r.), otrzymano w przypadku wrzodziejącego zapalenia okrężnicy wyleczenie po wstrzykiwaniu wyciągów wątrobowych.

Wszystkie te obserwacje i dane, spisane wprawdzie tylko w skróceniu, dają nam rzeczywiście bardzo dużo do myślenia, gdyż mechanizm ich działania jest bardzo złożony i tylko dalsze stosowanie wyciągów wątrobowych i ścisła obserwacja mogą się przyczynić do wykrycia i wyjaśnienia wielu zagadnień z dziedziny leczenia hormonalnego.



Dr. TADEUSZ KALINOWSKI

ROZPOZNANIE I LECZENIE CZERWONKI

W tegorocznym okresie jesiennym zanotowano w kraju zwiększenie się ilości przypadków czerwonki w porównaniu do lat ubiegłych. Z tego względu sprawa leczenia czerwonki i zapobiegania nabiera szczególnej aktualności. W niniejszym artykule będą omówione obok danych klasycznych również wyniki nowszych badań, aby w ten sposób czytelnik mógł lepiej utrwalić w pamięci swe dotychczasowe wiadomości i uzupełnić je zgodnie z obecnym poziomem nauki lekarskiej. Czerwonka (dysenteria) jest ostrą chorobą zakaźną, która ujawnia się zapaleniem w zakresie jelit grubych i bolesnym parciem; czerwonka ze względu na krwawe i częste stolce nazywa się inaczej krwawą biegunką. Już od dawna odróżniano pospolite zaburzenia jelitowe (diarrhoe) od swoistych krwawych biegunek (dysenteria).

Etjologja. Czerwonka jest rozpowszechniona we wszystkich krajach. Obecnie ustalono 2 odmiany czerwonki: 1) pełzakową, 2) bakteryjną.

Obie postacie pod względem oznak klinicznych są bardzo podobne do siebie; różnica polega na odmiennych zarazkach, wywołujących daną odmianę czerwonki.

Czerwonka pełzakowa jest krwawą biegunką uwarunkowaną chorobotwórczymi pełzakami. Schorzenie to występuje w krajach podzwrotnikowych, gdzie szerzy się endemicznie. W strefie klimatu umiarkowanego czerwonka pełzakowa występuje bardzo rzadko. Krwawe biegunki spostrzegane w strefie klimatu umiarkowanego, są pochodzenia bakteryjnego. W późnym okresie letnim i okresie jesiennym spostrzega się epidemje czerwonki bakteryjnej.

Etjologja czerwonki bakteryjnej przez długi czas pozostawała niewyjaśniona. Jednak już oddawna przypuszczano, iż czerwonka jest chorobą zakaźną. W roku 1898 *Shiga* wyosobnił ze stolców chorych czerwonkowych prątek i udowodnił jego rolę etjologiczną. Podobne prątki zostały wkrótce odkryte przez innych badaczy *(Flexner, Strong)*. W roku 1900 *Kruse* dokładnie zbadał morfologję i właściwości biologiczne prątków czerwonki. W wyniku tych badań wyodrębniono dwie odmiany prątków czerwonki: 1) *Shiga — Kruse,* 2) *Flexner — Strong.*

Tę drugą odmianę *Kruse* zalicza do atypowych bakteryj czerwonkowych i oznacza nazwą prątków „rzekomo-czerwonkowych".

Od dłuższego czasu prątki czerwonki są przedmiotem dokładnych i wszechstronnych badań. Ostatnio udowodniono, iż czerwonka bakteryjna nie jest wywołana przez jedną postać bakteryj, lecz choroba ta zostaje uwarunkowana przez różne zarazki, które posiadają podobne własności, lecz różnią się od siebie pod względem morfologicznym i bakterjologicznym.

Własnością czerwonki bakteryjnej jest szerzenie się epidemiczne tej choroby.

Istnieje mnóstwo spostrzeżeń, które wskazują na związek epidemij czerwonki z wojną. Nadto spostrzegano masowe występowanie czerwonki w większych skupieniach ludności (więzienia, obozy pracy). Wreszcie śród ludności cywilnej czerwonka często szerzy się z powodu niskiego poziomu kulturalnego, braku higjeny i urządzeń sanitarnych.

Zarazki czerwonki można podzielić na 2 grupy: 1) grupa toksyczna *Shiga — Kruse,* 2) grupa o mniejszej toksyczności, do której należą i inne zarazki

W roku 1902 *Rozental* udowodnił, iż bakterje *Shiga — Kruse* różnią się od innych zarazków czerwonki tem, iż wytwarzają bardzo czynną toksynę. Grupa 2-ga bakteryj o mniejszej toksyczności z kolei dzieli się na poszczególne typy w zależności od odczynów serologicznych i zachowania się względem cukru.

Hiss i *Russel* wykazali, iż szczepy toksyczne prątków czerwonki nie rozkładają mannitu, co stanowi niezawodną oznakę wyróżniającą od odmian małotoksycznych; wreszcie ważną cechą wyróżniającą są odczyny zlepne. Przy badaniu odczynów zlepnych należy uwzględnić przedewszystkiem zdolność danej hodowli bakteryjnej do wywołania odczynów zlepnych z odpowiednią swoistą surowicą czyli *aglutynabilność* hodowli. Nadto wchodzi w rachubę własność wytwarzania przez dany szczep przeciwciał czyli własności *aglutynogenne*. Na podstawie powyższych metod można przyjąć następujący podział prątków czerwonki:

1) Pierwsza grupa: toksyczne lub toksykotwórcze prątki *Shiga — Kruse*.

2) 2-ga grupa obejmuje prątki małotoksyczne (lub oligotoksykogenne).

Grupa ta dzieli się na 3 następujące typy: a) prątki *Flexnera* rozkładają mannit i maltozę i wytwarzają indol; b) prątki Y rozkładają mannit, lecz nie rozkładają maltozy; c) prątki *Stronga* rozkładają mannit i sacharozę, lecz nie rozkładają maltozy.

Dane statystyczne. Śmiertelność w krajach europejskich wynosi w ciągu roku 1 na 100.000 ludności. W krajach azjatyckich śmiertelność z powodu czerwonki jest prawie dziesięciokrotnie większa.

Największą śmiertelność spostrzegano śród dzieci i starców.

Czerwonka jako choroba społeczna. Szczególnie sprzyja wybuchom epidemji czerwonki wojna, nędza i głód. Największą ilość zachorowań notowano w miesiącach letnich i jesiennych.

Anatomja patologiczna. Zmiany anatomo-patologiczne są umiejscowione w jelitach grubych. Tylko w ciężkich przypadkach prócz jelit grubych sprawa zajmuje końcowy odcinek jelit cienkich. W ten sposób colitis dysenteria przeobraża się w enterocolitis dysenterica. Uszkodzenie jelit przy bakteryjnej czerwonce ujawnia się ostrem zapaleniem, którego nasilenie jest różnie zaznaczone. Znamienną właściwością omawianych zmian jest ich stopniowe narastanie w kierunku ku dołowi. W ten sposób najwybitniejsze zmiany stwierdza się w dolnym odcinku jelit zwłaszcza w rectum. Przy łagodniejszych postaciach zarówno jak i w okresie początkowym cięższych postaci choroba posiada charakter nieżytowy. Błona śluzowa jest przekrwiona, obrzękła, zaczerwieniona z drobnemi wylewami krwawemi, pokryta krwistym śluzem. Uszkodzenia mogą mieć charakter ogniskowy i umiejscawiają się na szczytach fałd jelitowych. Niekiedy zmiany są rozlane. Uszkodzenie błony śluzowej jest powierzchowne, jednak z powodu toksycznego zadziałania zakażenia, następuje zgon. W bardziej ciężkim przebiegu wraz z natężeniem przekrwienia i wzmożeniem się wylewów krwawych, zapalenie przybiera cha-



Verazin
„Ap. Kowalski"

PREPARAT
NIEZBĘDNY
W PRAKTYCE
LEKARSKIEJ

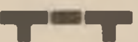
Wybitne analgeticum
i
antineuralgicum



Proszek do receptury

Tabletki po 0,4 g.

w rurkach po 10 i 20 szt.



Literaturę i próby wysyła P. P. LEKARZOM

DZIAŁ NAUKOWY FABRYKI CHEM. FARM.

„Ap. KOWALSKI"

Warszawa, ul. Grzybowska 43

rakter śluzowo - ropny, wreszcie dyfterytyczny. Prowadzi to do powstawania głębokich ognisk martwicy i tworzenia się błon włóknikowych. Martwica i błony przedewszystkiem zaznaczają się na szczycie fałd jelitowych w postaci szarych pasm i plam. Pasma i plamy są otoczone obwódką wybitnego przekrwienia.

Wreszcie martwica szerzy się wgłąb ścianki jelita. Włóknik zajmuje całą warstwę śluzówki. Tworzą się błony, które ściśle przylegają do wewnętrznej powierzchni jelita. Ścianka jelita ulega zgrubieniu. Martwica niekiedy sięga do błony surowiczej, co może spowodować zapalenie otrzewny. Jeżeli chory znosi pierwszy okres choroby, wówczas następuje okres 2-gi, gdy zmiany zapalne podlegają przeobrażeniom wstecznym. Błony oddzielają się, w miejscu oddzielonych błon tworzą się owrzodzenia. W okresie 3-cim owrzodzenia goją się zapomocą ziarninowania i wytwarzania blizn. Okres 3-ci niekiedy trwa bardzo długo, zwłaszcza u osób wycieńczonych.

Opisanym zmianom towarzyszą nacieczenia gruczołów chłonnych zaotrzewnych, dokoła tętnicy głównej. Zapalenie otrzewny w przebiegu czerwonki spostrzega się rzadko, gdyż nawet przy głębokiej martwicy chorzy giną z powodu ogólnego zatrucia zanim sprawa chorobowa przejdzie na otrzewną. Częściej spostrzega się mikroperforacyjne zapalenie otrzewny (Durchwanderugsperitonitis). W tym wypadku proces ropny szerzy się wzdłuż naczyń chłonnych na błonę surowiczą. Wysięk otrzewnowy jest w tych wypadkach jałowy (toksyczne zapalenie otrzewny). Inne powikłania w przebiegu czerwonki bakteryjnej są stosunkowo rzadkie.

Patogeneza. U człowieka zarazki czerwonki przenikają do ustroju przez usta wraz z pokarmami przez zanieczyszczenie rąk i innych przedmiotów, stykających się z jamą ustną. Po wtargnięciu zakażenia, choroba rozwija się nie odrazu, lecz jest poprzedzona przez krótki okres wylęgania, który trwa 3 dni. Po wtargnięciu do ustroju, zarazki rozmnażają się w zakresie jelit. Wytwarzające się toksyny wywołują powyżej opisane zmiany anatomiczne. Obecność prątków może być ujawniona w wypróżnieniach i w zawartości jelit.

Z jelit prątki czerwonki nie przenikają do krwi; nie znaleziono ich również w moczu. Wynika stąd, iż czerwonka jest czystą postacią toksykozy jelitowej, gdyż ustrój ulega zatruciu toksynami, wytwarzanemi w zakresie jelit. Najniebezpieczniejsze są przypadki czerwonki na tle zakażenia prątkami *Shiga — Kruse*, bardziej łagodnie przebiegają zakażenia prątkami *Flexnera*, *Stronga* i *Hissa*.

Symptomatologja. Nie zawsze w przebiegu czerwonki można ujawnić obecność zarazków swoistych. Często spostrzega się bardzo łagodne

odmiany, które nie są podobne do klinicznego obrazu czerwonki, jednak w stolcu stwierdza się obecność prątków czerwonki. Trudności rozpoznawcze powstają często wskutek podobieństwa czerwonki do nieżytów okrężnicy. Okres wylęgania czerwonki trwa od 2 — 6 dni.

Początek jest często ostry. Niekiedy występują zwiastuny jak ogólne osłabienie, utrata łaknienia, bóle kończyn. Częściej jednak sprawa ujawnia się od początku bólami brzucha i biegunką. Bóle są umiejscowione bądź z prawej, bądź z lewej strony, często w obrębie poprzecznicy. Niekiedy występują wymioty resztkami pokarmowemi lub żółcią. Wypróżnienia są początkowo płynne i posiadają zwykły charakter kałowy; po oddaniu stolca chory jednak nie odczuwa ulgi — po kilku minutach bóle powracają i chory doznaje bolesnego uczucia parcia, poczem ponownie oddaje płynny stolec.

Po kilku godzinach obraz wypróżnień zmienia się. W wodnistych stolcach spostrzega się domieszkę śluzu. Treść stolców staje się coraz bardziej skąpa i stopniowo rozwija się zespół objawów czerwonki. Przede wszystkiem występują bóle napadowe brzucha. Bóle te mogą utrzymywać się stale lub okresowo. Bóle umiejscawiają się w prawym lub lewym dole biodrowym, niekiedy w okolicy pępka, w okolicy poprzecznicy. Bóle brzucha niekiedy są stałe lub chory chory spostrzega kolki, niekiedy bolesne kłucie przed oddaniem stolca. Kłucie to trwa podczas oddawania stolca i utrzymuje się później.

Opisane bóle są uwarunkowane przez skurcz perystaltyczny schorzałego jelita grubego. Bolesne parcia są wywołane przez uczucie konieczności wydalenia stałej treści. Po parciu chory oddaje jedynie nieznaczną ilość iluzu. Wskutek parcia chory ciągle siedzi na naczyniu nocnem, lecz nawet po najsilniejszem parciu nie odczuwa ulgi. Parcia zależą od zapalenia i obrzęku błony śluzowej prostnicy (proctitis dysenterica) i odruchowych stawów kurczowych zwieracza.

Niekiedy jednocześnie występuje stan kurczowy szyjki pęcherza, który powoduje zatrzymanie moczu. Silne parcie można spowodować prolapsu ani Parcie jest niekiedy tak bolesne, że chory mdleje.

W przeciwieństwie do enteritis przy colitis dysenterica stolce są częste a skąpe. Liczba wypróżnień wynosi 10 — 20 — 50 na dobę. Początkowo wypróżnienia mają charakter kałowy, później stają się coraz bardziej skąpe i przybierają wygląd mas śluzowych.

Poszczególne grudki śluzu zlewają się razem tworząc masy galaretowate zawierające czerwone żyłki. Wkrótce wypróżnienia stają się krwiste i składają się wyłącznie z krwawego śluzu. Niekiedy spostrzega się czysto krwawe stolce. Przy postępowaniu procesu stwierdza się w wypróżnieniach ropę. Zmiany patologiczne często skupiają się w dolnym od-

cinku okrężnicy. Stąd esica przedstawia się w postaci zgrubiałego nacieczonego pasma grubości dużego palca.

Przelewań w esicy się nie stwierdza. Jeżeli sprawa szerzy się na poprzecznicę, wówczas można wyczuć poprzecznicę obkurczoną i zbolałą w okolicy dolnej granicy żołądka. Obok tego spostrzega się wybitne upośledzenie stanu ogólnego w wyniku ciężkiej intoksykacji. Nadto chory uskarża się na brak apetytu, jednocześnie występuje silne pragnienie, język jest obłożony; chorzy nie zawsze gorączkują, jednak w ciężkich przypadkach zjawia się wzniesienie ciepłoty w ciągu pierwszych dni. W przebiegu ciężkiej postaci czerwonki bakteryjnej obok objawów ciężkiej intoksykacji, występuje niedomoga krążenia: małe częste tętno i ogólny upadek sił; śmierć następuje w 2-gim tygodniu choroby. W razie pomyślnego przebiegu objawy stopniowo cofają się; na 6 — 7 dzień wypróżnienia przybierają charakter kałowy i następuje wyzdrowienie. Bardzo rzadko czerwonka bakteryjna w przeciwieństwie do pełzakowej przechodzi w postać przewlekłą z okresami poprawy i pogorszenia, z wychudnieniem i charłactwem. Zazwyczaj w ciągu 2 — 4 tygodni następuje wyzdrowienie; niekiedy w okresie poprawy spostrzega się nawrót i zaostrzenie objawów klinicznych. W ciężkich przypadkach intoksykacja prowadzi do t. zw. okresu ulgowego choroby z sinicą oziębieniem kończyn, bezgłosem i drgawkami. Przebieg choroby zależy od rodzaju epidemji i zjadliwości zarazków.

Rozpoznanie czerwonki w okresie epidemji nie nastręcza trudności. Jednak pierwsze przypadki mogą być przeoczone, gdyż w okresie jesiennym często spostrzega się pospolite nieżyty okrężnicy, które mogą imitować czerwonkę. Konieczne jest badanie bakterjologiczne świeżego stolca, zebranego do jałowego naczynia.

Rokowanie zależy od czynnika chorobotwórczego, od odporności chorego i od warunków życiowych śród których przebywa chory.

Leczenie. Niekiedy czerwonka kończy się wyzdrowieniem bez żadnego leczenia. Wszystko zależy od odporności ustroju i charakteru epidemji. Czasem spostrzega się epidemie o bardzo łagodnym przebiegu. Doniosłym czynnikiem leczenia jest pielęgnowanie chorego i dieta. Chory winien stale leżeć w łóżku w ciepłym pokoju. Po każdym wypróżnieniu należy watą obsuszyć okolicę odbytnicy. Przeciwko bolesnym parciom skutecznie działają czopki z morfiną lub kokainą. Można stosować czopki z gładkich kawałeczków lodu. Dieta chorego winna składać się z łatwostrawnych pokarmów, które dają mało resztek pokarmowych. Zaleca się kleiki ryżowy, owsiany, zupa jęczmienna, sago, jaja na miękko, sucharki. Potraw mlecznych należy unikać. Z napojów można podawać zimną herbatę. Niektórzy autorzy zalecają w ciągu 1-go i 2-go dnia gło-

dówkę: herbata, woda przegotowana, czerwone wino, dożylne wstrzykiwania 6% cukru gronowego. Jeżeli biegunki i parcie utrzymują się w ciągu 5—6 dni, wówczas, aby uniknąć upadku sił chorego, wskazane jest pożywienie o większej wartości kalorycznej: kaszka ryżowa, galaretka z żelatyny, przetwory odżywcze i plazmon. Po ustąpieniu parcia i biegunek można podawać piure z kartofli, kaszkę ryżową i mięso siekane. Później stopniowo przechodzi się do zwykłej diety. Jednak chory winien unikać pokarmów kwaśnych i tłustych, konserw, kiełbasy, suszonych owoców i jarzyn, piwa i kwasu. Leczenie farmakologiczne bakteryjne czerwonki rozpoczyna się od podawania środka przeczyszczającego w celu opróżnienia jelit grubych i ich zawartości (olej rycynowy), kalomel 0,3 — 0,5 (sól gorzka). Lepiej stosować olej rycynowy, siarczan sodu, magnezję.

Siarczan sodu można podać jednorazowo 15,0, lub 4 — 6 — 8 razy dziennie po 4,0, bądź w postaci 2% roczynu. Jednocześnie przeciwko bólom brzucha stosuje się okłady gorące i termofor. Przy silnej kolce wskazana jest morfina lub pantopon (morphii mur. 0,1, codeini phosphor 0,1, Aq. destill 10,0 3 r. dz. po 10 kr.); atropina podskórnie lub w czopkach, lawatywki i adrenalina

Niekiedy konieczne jest ponowne podawanie soli przeczyszczających lub ol. ricini, celem wydalenia mas kałowych, które stale drażnią błonę śluzową.

W tym celu można stale podawać 2% roczyn natrii sulfurici. Stosowanie środków przeciwgnilnych zawodzi. Po opróżnieniu jelit stosuje się przetwory bizmutu po 1,0 3 razy dziennie i środki ściągające. tannalbina, tannigen, tannismut. Na noc korzystnie działa lawatywa z krochmalu ½ szklanki z dodatkiem 10 kropli t-rae opii. Liczni autorzy zalecają również przy czerwonce bakteryjnej przetwory ipekakuany, Pulv. Doveri lub emetynę podskórnie. Wreszcie korzystnie działają lawatywki z węgla zwierzęcego.

Przy osłabieniu krążenia podaje się kofeinę, kamforę, digipurat. Uporczywe wymioty i czkawka ustępują po podskórnem podaniu morfiny. Korzystnie działają podskórne i dożylne wstrzykiwania roczynów fizjologicznych, aby wyrównać straty wodne. Szczególnej uwagi wymaga sen chorego. Zmniejszenie się parcia sprawia, iż chory może spokojnie spędzić noc. Stosowanie morfiny i eukodalu łagodzi cierpienia chorego, wywołując sen, co przyczynia się do poprawy stanu ogólnego. Leczenie surowicami jest skuteczne jedynie w zakażeniu prątkami *Shiga — Kruse* i to w okresie początkowym.

Zapobieganie polega na odosobnieniu chorych; przestrzeganiu higjeny. Bardzo skutecznie działa zapobiegawczo szczepionka Besredki w postaci tabletek, stosowanych doustnie.

STRESZCZENIE.

Czerwonka bakteryjna jest ostrą chorobą zakaźną, która ujawnia się zapaleniem w zakresie jelit grubych, bolesnym parciem i krwawą biegunką. Bakterje, wywołujące czerwonkę bakteryjną, należą do dwóch grup: 1) prątki Shiga — Kruse (odmiana bardziej toksyczna), 2) prątki małotoksyczne: a) prątki Flexnera, b) prątki Y, c) prątki Stronga.

Różnica między poszczególnymi szczepami polega na odmiennem zachowaniu względem cukrów i odmiennych odczynach zlepnych. Ze względu na przebieg odróżnia się 3 okresy czerwonki: 1) okres zmian dyfterytycznych, 2) okres tworzenia się owrzodzeń i 3) okres bliznowacenia. Objawy: bóle brzucha, bolesne parcie, biegunka, silne pragnienie.

W lżejszych przypadkach wyzdrowienie następuje w 6 — 7 dni choroby. W ciężkich przypadkach zgon następuje wskutek intoksykacji i niedomogi krążenia. Rozpoznanie opiera się na badaniu bakterjologicznem kału i odczynach zlepnych surowicy chorych. Leczenie polega w pierwszym rzędzie na starannem pielęgnowaniu i stosownej diecie. Przeciwko parciom skuteczne są czopki z morfiną lub kokainą.

Leczenie farmakologiczne rozpoczyna się od podania środka przeczyszczającego, poczem stosuje się środki ściągające. Przeciwko bólom brzucha stosuje się termofor. Pomyślnie działają na ogólny stan chorego środki narkotyczne.

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

CARROLL S. WRIGHT. *Aloe Vera w leczeniu wrzodów wywołanych promieniami Roentgena.* (The Journ. of the Amer. Medic. Association Nr. 16, 1936 r.).

Cresten Collins ogłosił w 1931 roku wraz z C. E. Collins'em przypadek zapalenia skóry po naświetlaniu promieniami Roentgena lewej połowy czoła w celu epilacji. W przypadku tym zastosowano świeży liść Aloe Vera w celu usunięcia swędzenia i palenia. Po 24 godzinach swędzenie i palenie ustąpiło i stan znacznie się poprawił, po 5-ciu tygodniach uzyskano całkowitą regenerację skóry czoła i czaszki, włosy zaczęły odrastać, przyczem nie pozostały żadne blizny.

Warto zaznaczyć, że przed zastosowaniem Aloe Vera wypróbowano wszelkie inne środki ale bez efektu.

Liść Aloe Vera zawiera wielką ilość jasno-żółto-zielonej substancji, którą stosuje się miejscowo w leczeniu wrzodów wywołanych promienia-

mi X. Należy stosować Aloe Vera w stanie świeżym, pokryć papierem woskowym, poczem opaską przytwierdzić opatrunek.

Autor stosował tę metodę w dwóch przypadkach i uzyskał bardzo dobre wyniki. Metoda ta zasługuje na głębsze zbadanie, gdyż jak wiadomo, wrzody po naświetlaniu promieniami Roentgena ustępowały bardzo opornie pod wpływem dotychczas stosowanych środków. Aloe Vera powoduje szybkie wyleczenie, co do trwałości uzyskanych wyników nic określonego narazie nie można powiedzieć, gdyż wymaga to dłuższej obserwacji leczonych przypadków.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

M. P. KONCZALOWSKI *Lecznicze znaczenie przetaczania krwi w chorobach układu krwiotwórczego* (Kliniczeskaja Medicina. Nr. 6, 1936 r.).

Według pojęć kliniki współczesnej, choroby krwi nie porażają w swoisty sposób wyłącznie układ krwiotwórczy, lecz jednocześnie występują zmiany w całym szeregu tkanek i narządów chorego ustroju.

Przy niedokwistości typu Biermera, stale stwierdza się zmiany ze strony przewodu pokarmowego, a w większości przypadków także zaburzenia ze strony układu nerwowego Liczne badania chorych na niedokrwistość, badania chorych po rezekcji żołądka (rak, wrzód żołądka) i wyniki doświadczeń na zwierzętach pozwalają wnioskować, że na genezę niedokrwistości mają wpływ zanikowe procesy w żołądku.

W chwili obecnej nie znamy jeszcze środków swoistych dla leczenia tych stanów. Organoterapię (wątroba i żołądki świń) należy uważać za leczenie nieswoiste. Należy pamiętać, że niedokrwistość Biermera daje nawroty i remisje przyczem doświadczenie uczy, że samoistne remisje są bardzo rzadkie. Zachodzi konieczność czynnej interwencji aby doprowadzić do remisji, zwłaszcza przy ciężkich nawrotach doprowadzających do śpiączki. Autor przekonał się, że w przypadkach śpiączki jedynym skutecznym środkiem jest przetoczenie krwi. Przy organoterapii efekt uzyskuje się dopiero po 5 — 7 dniach, a tymczasem w obliczu śpiączki nie można tak długo czekać, zwłaszcza że ilość hemoglobiny w niektórych przypadkach spada do 8 — 10%, a ilość krwinek czerwonych do 600.000 a nawet 400.000 w 1 mm^3.

Należy przyznać,, że leczenie wątrobą i preparatami żołądka świń daje bardzo dobre wyniki, trzeba jednakże pamiętać, żę istnieją także przypadki, w których to leczenie nie daje efektu. Dotyczy to głównie przypadków niedokrwistości typu Biermera, powikłanych zapaleniem

miedniczek nerkowych oraz postaci hypoplastycznych i form przebiegających z gorączką.

Autor stosował przetaczanie krwi w 85 przypadkach niedokrwistości typu Biermera (więcej niż 200 transfuz.) i prawie w 100% widział odczyn ze strony ustroju w postaci dreszczy i podwyższenia ciepłoty, jednakże otrzymano dodatni efekt leczniczy. Przy każdej następnej transfuzji odczyn ustroju stawał się mniej wyraźny, tak jak gdyby ponowne transfuzje działały odczulająco na ustrój.

W przypadkach żółtaczki hemolitycznej obserwowano nieraz hemoglobinurję po przetaczaniu krwi, ale mimo to przed splenektomją należy korzystać z tej metody leczniczej.

Specjalne znaczenie przetaczanie krwi ma w skazach krwotocznych ze względu na swe działanie hemostatyczne. Stąd też klasyczną metodą leczenia krwawiączki jest transfuzja krwi.

W chorobie Werlhoffa przetaczanie krwi daje dobre wyniki w przypadkach przewlekłej nawrotowej „purpurie“, w postaciach podostrych nie obserwowano żadnego efektu.

Przy białaczkach transfuzja krwi wywiera dodatni ale przejściowy wpływ. Przetaczanie krwi działa w białaczkach tak, jak promienie Roentgena. Na formy podostre przetaczanie krwi działa mniej wyraźnie, na ostre nie wywiera żadnego wpływu.

W 12-tu przypadkach przeprowadzono kombinowane leczenie, stosując transfuzję krwi, Roentgen i arszenik, przyczem uzyskano dość zadowalniające wyniki.

W ten sposób mażna stwierdzić niewątpliwy efekt leczniczy przetaczania krwi na wyżej wymienione choroby.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

M. KUBAREW. *Leczenie rzeżączkowego zapalenia najądrza ichtiolem.* (Sowietskij Wraczebnyj Żurnał, Nr. 7, 1936 r.).

Zapalenie najądrza należy do najczęściej spotykanych powikłań, przyczem czyni chorego niezdolnym do pracy na czas dłuższy.

Pod wpływem domięśniowego stosowania gonowakcyny, proces chorobowy cofa się stosunkowo wolno, autohemoterapja nie daje lepszych wyników. O wiele szybsze wyleczenie uzyskuje się przy stosowaniu mleka łącznie z gonowakcyną.

Mleko okazuje się więc dobrym środkiem w leczeniu rzeżączkowego zapalenia najądrzy, zastrzykom mleka towarzyszy jednak nieraz nawet bardzo ostro wyrażony odczyn ogólny. Dlatego też mleka nie można stosować we wszystkich przypadkach.

Dożylne podawanie gonowakcyny daje również lepsze wyniki, ale ze zrozumiałych powodów nie może ta metoda znaleźć szerszego zastosowania.

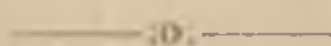
W roku 1926-ym Kuszelewski i Straszyński podali nowy sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia najądrzy. Stosowali oni ichtiol parenteralnie i uzyskali dobre wyniki.

Autor sprawdził działanie ichtiolu na 60-ciu przypadkach. Stosowano przytem 5% roztwór, co drugi dzień domięśniowo; pierwsza dawka 1 cm^3, druga 2 cm^3, a następna po 3 cm^3. Okazało się, że bóle przy stosowaniu ichtiolu szybko się uspakajają, niekiedy już po pierwszym zastrzyku.

Autor dochodzi do wniosku, że leczenie rzeżączkowego zapalenia najądrzy ichtiolem zasługuje na szerokie rozpowszechnienie, ze względu na to, że środek ten jest tani, łatwy do stosowania i daje dobre wyniki lecznicze. Ichtiol daje o wiele szybsze wyleczenie niż gonowakcyna; ma też przewagę nad mlekiem, gdyż efekt leczniczy jest w niektórych wypadkach nawet szybszy, przyczem nie wywołuje tak jak mleko reakcji ogólnej.

Leczenie ichtiolem nie powoduje całkowitego wessania nacieczenia i dlatego wskazane jest równoczesne stosowanie ciepła lampy kwarcowej, diatermii i jontoforezy.

Dr. B. Szalita.



P. NIEHOUS. *O ścisłym związku między jądrem a gruczołem krokowym, oraz o stosowaniu wyciągów jądrowych przy przeroście gruczołu krokowego.* (La Presse Medicale Nr. 53/36 r.).

Liczne doświadczenia, czynione na zwierzętach, wykazują, iż w przypadkach przerostu komórek Leydiga w jądrze oraz komórek zasadochłonnych przedniego płatu przysadki, których wydzielina pobudza czynność komórek Leydig'a, gruczoł krokowy rozwija się nadmiernie i może się przekształcić w gruczolak.

Jeśli zaś istnieje przewaga komórek Sertoliego, gruczoł krokowy ulega zanikowi.

W wypadkach przewagi komórek „F" Steinacha następują w gruczole krokowym zmiany włókniako-mięśniakowate.

Ze ścisłego związku, istniejącego między gruczołem krokowym a jądrem, wynika związek jego z całym układem wewnątrz-wydzielniczym, tak więc przerost gruczołu krokowego jest wyrazem zaburzeń czynnościowych wewnątrzwydzielniczych.

Na zasadzie tych badań oparte są następujące metody lecznicze: a) wstrzykiwanie hormonu, wydzielanego przez komórki Sertoliego, b) przeszczepienie jądra, c) podwiązanie powrózka nasiennego metodą Steinacha.

Co się tyczy punktu a), to autor stosuje przez 3 tygodnie leczenie hombreolem i otrzymuje poprawę, która często utrzymuje się przez 6 miesięcy.

Punkt b): przeszczepia się jądro osobnika, będącego w wieku, w którym czynność komórek Sertoliego jest największa. Wyniki tego leczenia są pomyślne.

Przez podwiązanie podwrózka nasiennego metodą Steinacha wzmaga się wydzielanie wewnętrzne komórek Sertoliego, co wpływa dodatnio na stan gruczołu krokowego.

Zabieg ten nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla życia chorego, a powoduje na przeciąg wielu lat zniknięcie dokuczliwych cierpień, związanych z przerostem gruczołu krokowego.

Dr. Irena Grodzińska.

———:o:———

H. G. CHRAMELASZWILI. *Bromek potasu w chirurgji twarzy i oczu.* (Sowietskij Wraczebnyj Żurnał, Nr. 9, 1936 r.).

W chirurgji twarzy i oczu znieczulenie miejscowe ma ogromne znaczenie. Lekarz operujący zna dobrze wszystkie niewygody, wynikające ze stosowania maski, nawet najmniejszych rozmiarów. Próbowano zastępować maski tamponami, rurkami zamoczonemi w eterze lub chloroformie, ale i to nie usuwało niedogodności dla operującego. Pozatem narkoza ogólna zmusza lekarza do czuwania nad stanem ogólnym. Znieczulenie ogólne per rectum niechętnie jest stosowane, a to dlatego, że następuje podrażnienie kiszki stolcowej: poza tym nie można przerwać narkozy w przypadku jakiegoś powikłania. Dlatego też duże zainteresowanie

wywołało znieczulenie miejscowe. Początkowo stosowano kokainę, potem kokainę zastąpiono nowokainą. Znieczulenie nowokainą trwa godzinę, to też przy dłużej trwających operacjach jest się zmuszonym wstrzykiwać powtórnie substancję znieczulającą. Aby uniknąć tego, zastosowano bromek potasu, który daje znieczulenie, utrzymujące się dłużej, niż przy stosowaniu $\frac{1}{2}$ — 1% roztworu nowokainy. Bromek potasu nie wywołuje żadnych powikłań ani podczas operacji. Stosowany jest w $\frac{1}{2}$% roztworze. Ponieważ wprowadzenie bromku potasu daje uczucie palenia, wskazane jest wprowadzić uprzednio 10,0 — 20,0 cm^3, $\frac{1}{8}$% nowokainy. Całkowite znieczulenie, po zastosowaniu bromku potasu, następuje po 10-ciu minutach.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

PREISSECKER E. (Wiedeń). *O żeńskich hormonach płciowych i ich znaczeniu klinicznem.* (Ueber die weiblichen Sexualhormone und ihre klinische Bedeutung). (Wiener klinische Wochenschrift, Nr. 16 i 17, 1936 r.).

W bolesnym miesiączkowaniu autor spoczątku stosował czysty hormon ciałka żółtego (prolutan), wyniki jednak otrzymywał b. nikłe względnie przetwór nie wywierał wcale żadnego skutku.

Później, po publikacjach *Seitza, Wintza, Fingerhuta* a szczególnie *Mirandy* zaczął stosować z doskonałymi skutkami *sistomensinę* w iniekcjach i drażetkach (te ostatnie radzi stosować w większych dawkach).

W krwawieniach klimakterycznych za pomocą sistomensiny również często uzyskiwał dobre wyniki. W opornych przypadkach prócz sistomensiny w wielkich dawkach podawał przetwory tylnego płata przysadki mózgowej, wapń i t. p.

Dr. med. F. Sienicki.

———:o:———

Dr. H. BEXEN, lekarz asystent. *Diureza w schorzeniach sercowych i nerkowych.* Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Erwin-Liek w Berlin-Reinickendorf. Lekarz Naczelny: Prof Bansi. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1936, Nr. 8, str. 307).

Autor pisze o swem doświadczeniu z Theacylonem. Theacylon jest znakomitym środkiem moczopędnym, który oddaje cenne usługi szczególnie przy równoczesnym stosowaniu naparstnicy. Przy podawaniu 3 razy dziennie po 1 tabletce — działanie moczopędne występuje przeważnie 4 — 5 dnia i utrzymuje do 8 — 10 dnia swe całkowite nasilenie.

Spostrzegano, że działanie moczopędne trwało czasami dłużej. W rozpaczliwych przypadkach stosowano także większe dawki 3 razy dziennie po 2 tabletki przez 5 — 6 dni i uzyskiwano silną diurezę. Theacylon można z przerwami stosować przez dłuższy czas. Należy zwracać uwagę na podrażnienie nerek. Dolegliwości żołądkowe usuwa się przez równoczesne stosowanie rozcieńczonego kwasu solnego.

———:o:———

E. ZAK. *O leczeniu strofantyną* (Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 21/1936 r.).

Leczenie strofantyną, ze względu na niewątpliwe korzyści, winno być stosowane w praktyce domowej. Strofantyna działa szybko i prędzej ulega w sercu rozkładowi niż glukozydy naparstnicy. Przy racjonalnym stosowaniu można uniknąć toksycznego działania zbiorowego. Natomiast po poprzedzającym naparstnicowaniu strofantyna działa szkodliwie. Po podawaniu naparstnicy i stosownej przerwie należy rozpocząć leczenie strofantyną od małych dawek. W praktyce domowej strofantyna jest wskazana w przypadkach ostrej niedomogi lewokomorowej, zwłaszcza, gdy lewe serce jest przerosłe i dotknięte rozstrzenią na tle nadciśnienia i niedomykalności aorty.

To samo dotyczy niewydolności lewej komory na tle miażdżycy tętnic wieńcowych. Ostry obrzęk płuc stanowi wskazanie do leczenia strofantyną, jednak tylko wówczas, gdy bezpośrednio przedtym nie podawano naparstnicy. Według Zaka należy w ostrym obrzęku płuc początkowo zastosować swoiście działającą morfinę, później wykonać krwioupust, zaś potem dopiero sięgnąć po strofantynę. Seria wstrzykiwań strofantyny jest wskazana przy względnej niedomodze lewokomorowej, gdy serce jest osłabione w następstwie obrzęku płuc i dychawicy sercowej. Strofantynę można łączyć z kofeiną i eufyliną. Bardzo stosowne są wstrzykiwania strofantyny z teofiliną przy oddechu Cheyne-Stokesa. Przy dużym biciu serca i rytmie cwałowym, strofantyna działa korzystnie. Skurcze dodat-

kowe mogą zarówno wystąpić jak i zniknąć pod wpływem strofantyny jak i naparstnicy.

Skupione skurcze dodatkowe wymagają badania elektrokardjograficznego i stanowią przeciwwskazanie do strofantyny. Bigemja jest sygnałem ostrzegawczym, który wymaga odstawienia strofantyny. Według Edensa leczenie strofantyną jest wskazane w dławicy piersiowej i świeżym zawale sierdzia. W tym wypadku stosuje się 0,3 mg strofantyny dziennie; po 3-ch dniach jednodniowa przerwa. Zak ostatnio stosował strofantynę przy ostrym zamknięciu tętnic mięśniowych w 2 — 3 dni po napadzie. Żadnych szkodliwych następstw nie zauważył, raczej stwierdzono pomyślne działanie na przebieg sprawy chorobowej.

Dr. Med. N. Szyk.

———:o:———

R. JAHIEL. *Cykl płciowy kamicy żółciowej u kobiety.* (La Presse Medicale Nr. 53/36 r.).

Kamica żółciowa była uważana przez długi czas za schorzenie spowodowane nadmierną ilością cholesteryny w organiźmie. Jednak liczne badania kliniczne wykazują, iż b. często kamica żółciowa przebiega z normalną ilością chelesteryny. W ostatnich czasach liczne prace poświęcone były zagadnieniu mechanizmu powstawania kamicy żółciowej.

Objawy kliniczne kamicy żółciowej, przebiegającej bez powikłań, są nader skąpe, najczęściej nie istnieją zupełnie i dopiero badanie roentgenologiczne przypadkowo odkrywa obecność kamieni.

Rolę w klinice odgrywają powikłania, powstające w przebiegu kamicy. Dają się one podzielić na 2 grupy: do 1-szej należą powikłania, zależne jedynie od samej obecności kamieni, a więc podrażnienie ściany pęcherzyka żółciowego przez kamień, zmiany w śluzówce, ułatwiające wówczas zakażenie, co stwarza razem zespół zapalenia pęcherzyka.

Również wędrówka kamieni poza obręb pęcherzyka daje powikłania, tworzące zespół kolki wątrobowej.

Do 2-ej grupy należą postaci kamicy, istniejące u kobiety, zależne od cyklu jej życia płciowego.

Przed okresem dojrzewania kamica występuje najczęściej u osobników, u których stwierdza się objawy uczuleniowe, jak pokrzywka i astma dziecięca. Również u rodziców tych dzieci, a zwłaszcza u matek stwierdza się objawy uczuleniowe.

Ze względu na to autor próbował leczyć w tych wypadkach odczulaniem przez wstrzykiwanie podskórne krwi matki, świeżo pobranej w ilo-

ści ½ do 1 cm". Tą metodą otrzymywał b. dobre wyniki w wypadkach, w których mimo usunięcia pęcherzyka wraz z kamieniami napady kolki żółciowej w dalszym ciągu się powtarzały.

Po zastosowaniu tych wstrzykiwań znikły bóle wraz z wyżej wspomnianemi objawami uczuleniowemi.

Po okresie dojrzewania płciowego wyraźnie zaznacza się związek między kamicą a życiem płciowym kobiety. Ciąża jest okresem, w którym często występują poraz pierwszy napady kolki wątrobowej. Również występowanie napadów stoi w ścisłym związku z okresami miesiączkowemi. Tłomaczy się to zwykle miesiączkowemi zaburzeniami w przemianie cholesterynowej.

Autor zaś uważa to za zjawisko samouczulenia i już od 4 lat stosuje odczulanie przy pomocy wstrzykiwań podskórnych krwi miesiączkowej. Otrzymał w ten sposób zupełne zniknięcie wszelkich objawów bólowych u chorych, u których mimo usunięcia operacyjnego kamieni napady kolki powtarzały się w dalszym ciągu.

Krew miesiączkową zastrzykuje się w ciągu 10 dni przed perjodem, powtarzając to w ciągu kilku miesięcy.

Dr. Irena Grodzińska.

———:o:———

J. W. HUFFMAN. *Zapalenie pochwy wywołane rzęsistkiem pochwowym. Leczenie jodchloroxychinoliną.* (Trichomenas Vaginalis Vaginitis. Treatment with Jodochlorhydroxyquinoline). (The American Journal of Surgery, Tom 30 Nr. 2, str. 312 — 313, listopad 1935 r.).

Vioform stosowany był w postaci 6,66% zawiesiny w glicerynie, z czego 15 ccm. wlewano do pochwy i zakładano podwójny tampon, aby uniemożliwoć wylewanie się cieczy. Po 24 godzinach usuwano tampony, a pochwę przemywano letnią wodą. Powyższe postępowanie powtarzane co drugi dzień, ogółem 6 razy w przeciągu 14 dni. U 14 pacjentek ta

metoda okazała się zadawalająca, u 5 nie było nawrotu w ciągu 5 miesięcy, u 6 w ciągu 4 miesięcy, u 2 w ciągu 3 miesięcy i u jednej 2 miesiące. Żadnych podrażnień ani toksycznego działania nie zauważono. Poprzednie próby z rozpylaniem proszku vioformowego dawały niedostateczne wyniki

Dr. med. Kurowski.

———:o:———

W. HOLLMANN. *Ustalenie wskazań do leczenia wewnętrznego i chirurgicznego wrzodu żołądka.* (Therapie der Gegenwart Nr. 7, 1936 r.).

Dotychczas niesłusznie utożsamiano powierzchowne owrzodzenia żołądka z właściwym wrzodem okrągłym żołądka. Dopiero v. Bergmann ujął sprawę tę prawidłowo z punktu widzenia czynnościowo-patologicznego i zapobiegawczego. Według Bergmanna powstawanie wrzodu żołądka zostaje poprzedzone przez okres zaburzeń czynnościowych; są to zaburzenia czynności układu wegetatywnego. Zgodnie z powyższym stanowiskiem istnieją 3 okresy choroby wrzodowej:

1) Zaburzenia czynności układu wegetatywnego żałądka ze zmianami ruchowemi i wydzielniczemi. W okresie tym występują objawy nieżytowe i nadżerki błony śluzowej żołądka.

2) Właściwa choroba wrzodowa (Ulkuskrankheit) czyli tworzenie się owrzodzeń i krwawień na tle nieżytu żołądka i nadżerek.

3) Cierpienie wrzodowe (Ulkusleiden) jest zejściem choroby wrzodowej. Cierpienie wrzodowe ujawnia się w postaci ulcus callosum lub ulcus penetrans. Zamiast wymienionych zmian mogą powstać zrosty w otoczeniu wygojonego wrzodu.

W zapobieganiu najważniejsze jest leczenie zaburzeń układu wegetatywnego. Wymienione zaburzenia są często wywołane odczynem osobników stygmatyzowanych wegetatywnie względem środowiska społecznego. Zaburzenia te są wyrazem nerwicy. W przytoczonych 2-ch przypadkach czynniki natury psychicznej spowodowały zaburzenia wegetatywne, które pociągnęły za sobą zmiany organiczne. Leczenie w 1-ym okresie winno zmierzać do przestrojenia w zakresie układu wegetatywnego za pomocą zadziałania na psychikę ewentualnie za pomocą zmiany sytuacji życiowej chorego. Obok metod psychoterapeutycznych wskazane jest uregulowanie diety, wzmocnienie sił fizycznych chorego stosowną gimnastyką, która działałaby w sensie odciążenia i przeciwkurczowo. Wreszcie pomyślnie wpływa na stan chorych sport i leczenie wypoczynkowe. W okresie 2-gim wchodzą w rachubę zarządzenia dietetyczne i leczenie farmakologiczne. Jednak w okresie tym leczenie tylko wówczas

prowadzi do celu, gdy zdołano osiągnąć przestrojenie układu wegetatywnego. Dopiero w okresie 3-cim, gdy opisane metody zawiodły, wskazane jest leczenie operacyjne.

Dr. Med. N. Szyk.

———:o:———

Dr. W. TRIOUSSE i A. KLEBANORSA. *O zaraźliwości tak zwanych postaci zamkniętych gruźlicy u małych dzieci.* (La Presse Medicale Nr. 64/36 r.).

W walce z gruźlicą, pierwszorzędną rolę odgrywa ustalenie wszelkich możliwych źródeł zakażenia.

W ostatnich czasach powstało zagadnienie t. zw. „postaci zamkniętych" gruźlicy u dzieci t. j. gruźlicy gruczołów wnękowych oraz nacieków epituberkulicznych.

Otóż badanie zawartości treści żołądkowej u dzieci, dotkniętych wyżej wspomnianemi postaciami gruźlicy, wykazało, że w wypadkach nacieków epituberkulicznych, uważanych dotychczas za postać zamkniętą, w treści żołądkowej znajdują się prątki u 50% dzieci, badanych jednorazowo, oraz u 80% dzieci, badanych 2 razy.

Tak więc małe dzieci są w tym wypadku nosicielami prątków Kocha i wydzielają je obficie do otoczenia, będąc źródłem zakażenia.

Autor uważa za rzecz pierwszorzędnej wagi stworzenie specjalnych sanatorjów, celem odizolowania tych dzieci.

Nie jest jeszcze dokładnie wyświetlona kwestja zaraźliwości gruźlicy gruczołów oskrzelowych u małych dzieci z dodatnim odczynem Pirequet'a bez żadnych innych objawów klinicznych i radjologicznych. Kwestja ta wymaga dalszych badań.

Dzieci, cierpiące na ciężkie postaci gruźlicy, przedstawiają b. poważne źródło zakażenia, stąd też wielkiego znaczenia nabiera kwestja odosobnienia tych dzieci.

Dr. Irena Grodzińska.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH
KOMUNIKAT INFORMACYJNY.

(sierpień, 1936 r.).

Instytut higjeny społecznej w Szwecji.

Szwedzka Rada Zdrowia zwróciła się do parlamentu z projektem utworzenia Instytutu Higjeny Społecznej. Według przedstawionego planu

instytut będzie się składał z kilku oddziałów, m. inn. utworzony zostanie oddział higjeny przemysłowej. W Programie prac instytutu przewiduje się szkolenie inspektorów w zakresie higjeny pracy.

Czechosłowacja tworzy kliniki chorób zawodowych.

Czechosłowacki minister zdrowia w przemówieniu wygłoszonem w dniu 28 listopada ub. r. przedstawił projekt utworzenia, wspólnie z ministerstwem oświaty, klinik chorób zawodowych przy uniwersytetach czechosłowackich. Warto przy tej sposobności przypomnieć, że kliniki chorób zawodowych i katedry higjeny pracy istnieją oddawna w wielu państwach, jak np. we Włoszech, Niemczech, Hiszpanji, Rosji i t. d. W Polsce niestety, nie mamy przy żadnym z 5 uniwersytetów, ani katedry, ani nawet docentury higjeny pracy, ani też wreszcie kliniki chorób zawodowych. Brak takiej placówki w państwie, opierającej swój byt na pracy obywateli, jest dotkliwą luką.

Jakie daje korzyści lekarska opieka w fabryce?

Na dorocznem zebraniu Stowarzyszenia fabryk akumulatorów elektrycznych w Anglji wygłoszono sprawozdanie z wyników, jakie dało zaprowadzenie opieki lekarskiej w fabrykach. Według informacyj, zamieszczonych w „The Times“ każda z fabryk akumulatorów posiada lekarza fabrycznego, dentystę i pielęgniarkę. Od czasu wprowadzenia opieki lekarskiej liczba wypadków przy pracy spadła do połowy, zmniejszyła się także wybitnie liczba zawodowych zatruć ołowiem oraz chorób zakaźnych. Koszta opieki lekarskiej zostały wyrównane przez zmniejszenie składek ubezpieczeniowych na wypadek choroby i wypadków przy pracy, jakie ponosiły fabryki. Dochodzi do tego zwiększenie sprawności i zdolności do pracy robotnika, dzięki podniesieniu stanu jego zdrowia.

Pouczający przykład!

———:o:———

BIULETYN PRASOWY
ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Uzdrowiska w obliczu III sezonu.

Jednym z najważniejszych problemów gospodarczych i finansowych w naszych uzdrowiskach jest konieczność intensywniejszego niż dotych-

czas wykorzystywania ich sezonu jesiennego. Bezpodstawnem z punktu widzenia leczniczego wydaje się już dzisiaj zmniejszanie się frekwencji gości w I i III sezonie.

W konsekwencji powoduje to nieproporcjonalne nasilenie frekwencji w sezonie głównym, wzrost w tym czasie drożyzny mieszkań, kosztów utrzymania, trudności w otrzymaniu pewnych świadczeń it.d.

Ten nierównomierny system nasilenia frekwencji w uzdrowiskach uniemożliwia równomierne rozkładanie na dłuższy okres czasu amortyzacji kosztów inwestycji przeprowadzonych w uzdrowiskach. Ponadto z powodu dużego nasilenia frekwencji w II sezonie wytwarza się niesłusznie w wielu razach mniemanie, że poszczególne uzdrowiska posiadają wciąż jeszcze niedość rozbudowane urządzenia lecznicze.

Po bliższem jednak przyjrzeniu się i zbadaniu przyczyn okaże się, że uzdrowiska nasze w większości rozporządzają już dostateczną ilością wanien do kąpieli mineralnych i borowinowych, urządzeń do zabiegów leczniczych it.d., ale niesposób jest dostosować ich liczebności do rozbudowy czy pojemności niewspółmiernego nasilenia w głównym sezonie z tem, że przez większą część roku pozostaną one niewyzyskane.

Nasza polska jesień, słynąca z pięknych pogód, słonecznych dni i jednostajnie utrzymującej się ciepłoty, doskonale nadaje się do przeprowadzenia kuracji uzdrowiskowej. Panująca zazwyczaj we wrześniu i październiku pogoda pozwala na miłe spędzenie wypoczynku na łonie przyrody w oderwaniu od zgiełku życia miejskiego.

Wszystkie uzdrowiska nasze posiadają ładnie utrzymane parki kwiatowe lub leśne, doskonałe zespoły orkiestrowe, koncertujące dwa razy dziennie, komfortowe kawiarnie, kina, a wreszcie pensjonaty i hotele wygodnie urządzone, zaopatrzone w łazienki, centralne ogrzewanie, elektryczne oświetlenie, odpowiadające całkowicie nowoczesnym wymaganiom pod względem higjeny i wygody.

W takich warunkach odbycie kuracji w miesiącach wrześniu i październiku niczem nie różni się od leczenia w okresie letnim. Cały wolny czas, pozostający po zabiegach, spędzić można na spacerach, koncertach, a wreszcie w kawiarniach lub kinie Zresztą sam pobyt w estetycznie urządzonych pensjonatach, sanatorjach lub hotelach uzdrowiskowych stwarza już miłą dla kuracjuszy atmosferę. Wieczory szybko schodzą przy bridge'u lub na dancingach, chętnie i często organizowanych przez poszczególne pensjonaty i hotele.

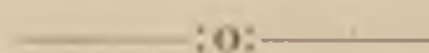
Błędnem jest też z gruntu mniemanie, że okres jesienny jest w naszych uzdrowiskach smutniejszym od letniego Słońce świeci tak samo, tylko słabiej grzeje. Jest więc dla wielu pięknych pań kuracjuszek doskonała okazja do zaprezentowania swoich jesienno futrzanych kreacji.

Jesienna kuracja daje tak samo doskonałe wyniki, jak i letnia, ponadto pozwala jeszcze lepiej odpocząć dzięki brakowi upałów i łatwości otrzymania kąpieli i zabiegów leczniczych w najwygodniejszych godzinach.

Kuracja w III sezonie ma jeszcze tę dobrą stronę, że pozwala się daleko taniej urządzić. Cenniki zarówno pensjonatów, jak i zabiegów leczniczych są bowiem na okres września i października znacznie obniżane.

My ze swej strony pozwalamy sobie jeszcze podkreślić fakt, że w miarę równomierniejszego niż dotychczas odwiedzania uzdrowisk naszych we wszystkich trzech sezonach, koszty pobytu w nich mogą ulec zniżce. Amortyzacja corocznych inwestycji oraz zapewniony stały większy dopływ gotówki w okresie 6 miesięcy (maj — październik), a nie jak dotychczas 2 miesięcy (od połowy czerwca do połowy sierpnia) pozwoli na zupełnie inną kalkulację cen. Od samych więc kuracjuszy przedewszystkiem zależeć będzie racjonalne obniżenie kosztów pobytu i kuracji w uzdrowiskach.

Można się spodziewać, że po dłuższym okresie chłodu i niepogody tegoroczny wrzesień i październik będą piękne jak i w latach poprzednich, nie zwlekajmy więc z decyzją i jedźmy do odpowiedniego dla nas uzdrowiska. Osoby chore czeka w nich racjonalna i tania kuracja, zaś osoby zdrowe — tani i przyjemny wypoczynek.



KOMUNIKAT

W dniach od 12 do 22 października r. b. odbędzie się w *Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza* pod kierownictwem Prof. Dr. M. Semerau - Siemianowskiego:

Kurs *dokształcający dla lekarzy z dziedziny chorób układu krążenia.*

Kurs obejmować będzie 75 godzin, z których 30 przeznacza się na wykłady teoretyczne i kliniczne, a 45 godzin na zajęcia praktyczne.

Na program kursu składać się będą:

1) wykłady *teoretyczne* z anatomii opisowej, fizjologii i anatomii patologicznej układu krążenia.

2) wykłady *kliniczne* z wybranych dziedzin układu krążenia, ważnych dla lekarza - praktyka (stany niewydolności krążenia i ich leczenie, nadciśnienie samoistne, hipotonia konstytucjonalna, dławica piersiowa, zawały sierdzia, choroby serca a sport, operacje i ciąża, kiła serco-

wo - naczyniowa, ostre zapalenie wsierdzia, schorzenia osierdzia, schorzenia m. sercowego, niemiarowości, nerwice serca, schorzenia układu żylnego, leczenie naparstnicą, leczenie balneologiczne, receptura przy schorzeniach ukałdu krążenia).

3) wykłady *teoretyczne i zajęcia praktyczne* z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu sercowo - naczyniowego (elektrokardiografja, rentgenodiagnostyka, oscylometria, kapilaroskopia, czynnościowe badanie serca, flebometria).

4) *Seminaryjne omawianie przypadków* chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym; kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza - praktyka.

Opłata za kurs wynosi zł. 60.— z których zł. 10.— płatnych przy zapisie. Termin ostateczny zapisów upływa dn. 8. X. 1936 r.

Zapisy na kurs przyjmuje i wszelkich informacyj udziela Dr. Edmund Żera, Oddział chorób Wewnętrznych, Szpitala Św. Łazarza, ul. Książęca 2, w Warszawie.

T R E Ś C

str.



REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.